



Recusa em participar do Programa ESIT

Declining Participation in the ESIT Program

OBJETIVO: documentar a decisão dos pais de recusar a participação no programa ESIT.

NOME DA CRIANÇA	DATA DE NASCIMENTO	COORDENADOR(A) DE RECURSOS DA FAMÍLIA
------------------------	---------------------------	--

RECONHECIMENTO DE RECUSA EM PARTICIPAR DO PROGRAMA ESIT

Entendo que meu filho tem direito a fazer/participar de uma avaliação para determinar sua elegibilidade para o programa ESIT.

–e/ou–

Entendo que um Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP) pode ser desenvolvido para meu/minha filho(a)/família caso ele/ela seja elegível para a Parte C.

–e/ou–

Meu/minha filho(a) é elegível para o programa ESIT e tem direito a os serviços de intervenção precoce descritos em um Plano de Serviço Familiar Individualizado (IFSP). Estou plenamente ciente da natureza dos serviços oferecidos e que meu/minha filho(a) e minha família não poderão receber serviços do programa ESIT, a menos que eu dê meu consentimento.

DOCUMENTAÇÃO DA DECISÃO DOS PAIS

Eu **não** quero que meu filho ou família faça/receba uma avaliação/IFSP/serviços referentes ao programa ESIT neste momento. Entendo que posso mudar de ideia e, em caso afirmativo, entrarei em contato com meu/minha Coordenador(a) de Recursos Familiares.

Nome do(a) pai/mãe em letra de forma

Assinatura do(s) Pai(s)

Data

Nome do(a) FRC em letra de forma

Assinatura do(a) Coordenador(a) de Recursos Familiares

Data

Autorizo o programa ESIT a entrar em contato comigo dentro de _____ meses para verificar o progresso do(a) meu/minha filho(a).

Rubrica do(s) pai(s)